Należytość pocztowa gotówką uiszczona
Nr 6. Rok LIX.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęc. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce K 3·— = 2·10 Marek, w nadesłanem K 4·— = 2·80 Mk., w tekscie K 5·— = 3·50 Mk.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— = Marek 42.

Jeden numer osobno kosztuje 5 K. = Marek 3·50.

Mięśniaki maciczne i ich usadowienie w świetle nauki o konstytucji narządów płciowych kobiecych.

Podał Prof. Dr Aleksander Rosner.

W pracy mojej nad konstytucją narządów płciowych kobiecych zaznaczyłem, że jak w całej patologji względnie nosologji, tak i na terenie ginekologicznym potrzebne są badania nad wpływem tego lub innego stanu konstytucyjnego na rozwój i przebieg cierpień kobiecych. Wchodzić tu mogą w grę stany konstytucyjne ogólne lub też częściowe, t. j. o ile chodzi o ginekologję, stan konstytucyjny narządów płciowych kobiecych. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że »asthenia universalis congenita« (Stiller), jeśli nie powoduje, to ułatwia powstanie tyłozgięcia i wypadnięcia macicy. Ograniczam się do tego przykładu, który dowodzi wpływu ogólnego stanu konstytucyjnego na rozwinięcie się schorzenia ginekologicznego. Łatwo zrozumieć, że wady konstytucyjne częściowe, o ile dotyczą części płciowych kobiecych, wpływ taki mieć mogą tem łacniej, tak samo zresztą, jak konstytucyjne niedomogi nerek na cierpienia tego narządu lub wady konstytucyjne psychiczne na rozwój cierpień umysłowych. Wszakżeż w pojęciu konstytucji narządu tkwi myśl o jego odporności i sile życiowej, czynnikach, odgrywających pierwszorzędną rolę w etjologji jego stanów chorobowych.

Byłoby rzeczą praktycznie ważną, a teoretycznie bardzo interesującą spojrzeć na etjologję cierpień narządów płciowych kobiecych z punktu widzenia ich konstytucji. Nie wątpię, że wyszłyby wówczas na jaw fakty, dowodzące, że ten zaniedbany dotychczas czynnik odgrywa potężną rolę w powstawaniu chorób kobiecych. Nie małą korzyść wyniosłaby z tych badań także higjena życia seksualnego kobiety, którego jakość zastosowana być powinna do jakości stanu konstytucyjnego jej narządów płciowych. Wszakżeż inaczej pracować powinien fizycznie człowiek o konstytucyjnie słabych mięśniach, niż siłacz, inaczej obciążać umysł osobnik o konstytucyjnej niedomodze ośrodkowego układu nerwowego, inaczej wysilać się we wszelakiej pracy człowiek o konstytucyjnie słabym narządzie krążenia, niż inny o sercu silnem. Otwiera się tu pole do całego szeregu badań wysoce zajmujących i ważnych, z których zajmie nas dziś jedno, tyczące się mięśniaków macicznych.

Już w pierwszej mojej pracy dotknąłem pobieżnie tej sprawy, oparłszy się na skromnej ówczesnej statystyce, z której wyłoniły się niespodziewane i poniekąd zadziwiające wyniki. Liczby mojego zestawienia zdawały się mianowicie przemawiać za tem, że mięśniaki rozwijają się szczególnie często u kobiet o prawidłowej, silnej konstytucji narządów płciowych, a nie u tych, które dotknięte dziecięcością lub inną postacią niedorozwoju, są albo do zajścia w ciążę niezdolne, albo mało mają dzieci.

Zdziwienie moje było usprawiedliwione, znany mi był bowiem pewnik, nie podawany dziś przez nikogo w wątpliwość, że mięśniaki rozwijają się szczególnie często u kobiet, które albo dzieci nie miały, albo rodziły małą ich ilość. Zdawałoby się z tego wynikać logicznie, że osób z mięśniakami szukać należy głównie w tej grupie konstytucyjnej, która cechuje się często niepłodnością lub małą płodnością, t. j. w grupie niedomóg konstytucyjnych, niedorozwojów, dziecięcości i t. p.

Wynik, który wyłonił się z moich ówczesnych zestawień, przyjąć więc musiałem z niedowierzaniem, świadom tego, jak niebezpieczne dla każdej prawdy naukowej jest wyciąganie wniosków z liczb zbyt małych. Zdawałem sobie sprawę z tego, że chcąc tej prawdy dociec, trzeba posiąść liczby większe, a przekonany byłem przytem, że rzecz warta jest trudu.

Niniejsza praca opiera się na kilku zestawieniach statystycznych, porusza jednak i oświetla dwa pytania, pierwsze ogólniejsze: jaki jest wpływ stanu konstytucyjnego narządów płciowych na rozwój mięśniaków, i drugie, więcej szczegółowe: czy rozmaite usadowienie się mięśniaków (podśluzowe, podsurowicze) ma jaki związek z tym konstytucyjnym stanem.

I.

Wpływ stanu konstytucyjnego narządów płciowych na rozwój mięśniaków macicy.

Dla wyjaśnienia tej zasadniczej kwestji oparłem się na dwóch zestawieniach, z których każde rzuca na sprawę nas obchodzącą światło z innego punktu.

Pierwsze z tych zestawień jest niejako dalszym ciągiem owej zbyt małej statystyki, na której oparłem się w pierwszej mojej pracy. Zestawienie to powstało w ten sposób, że szczegółowo badałem wszystkie zgłaszające się do mnie osoby z mięśniakami, przyczem starałem się dociec, do której grupy konstytucyjnej osoby te należą, t. j. czy mają narządy płciowe przeciętnie silne, sprawne i odporne (grupa II), czy cechy te występują z większem, niż przeciętnie nasileniem (grupa I), czy przeciwnie badane narządy płciowe okazują konstytucyjną niedomogę (grupa III).

Tak otrzymaną statystykę osób z mięśniakami porównać się naturalnie musi z innem zestawieniem, dającem odpowiedź na pytanie, jak często spotykamy się u zgłaszających się do nas chorych (bez względu na ich cierpienie) z cechami poszczególnych grup konstytucyjnych. Do tego porównania użyłem zestawienia z pierwszej mojej pracy, opartego na 455 przypadkach. Wykazuje ono, że do grupy pierwszej należy 5·2%, do drugiej 55·8%, do trzeciej 39% wszystkich zgłaszających się do nas chorych. Otóż zachodzi pytanie, czy tesame odsetki dla różnych grup konstytucyjnych znajdziemy też w naszym materjale chorych na mięśniaki.

Nowych przypadków tego cierpienia zebrałem 144. Badałem je najstaranniej, poszukując skrzętnie wszelkich cech, na których oprzeć miałem sąd o stanie konstytucyjnym ich narządów płciowych. Starałem się przytem wyzwolić z pod wpływu uprzedzenia i być zupełnie bezstronnym, przedmiotowym. Zdawałem sobie sprawę z tego, że szukam w większych liczbach potwierdzenia zdania, które wypowiedziałem na podstawie liczb małych, obawiałem się przeto, że mogę w ocenie przypadków wątpliwych, granicznych, stracić ścisłą przedmiotowość, a przez to przeinaczyć prawdę. Wiedząc, że zdanie moje, wygłoszone w pierwszej pracy, potwierdzić mogą niestosunkowo duże liczby, otrzymane dla grupy I i II, a małe dla grupy III, mogłem, uległszy uprzedzeniu, zaliczyć przypadki graniczne za wysoko, to znaczy do grupy I te, co do których istnieć mogła wątpliwość, czy należą do I czy do II grupy, a do grupy II inne, budzące wątpliwość, czy pomieścić się je ma w grupie II czy III.

Chcąc uniknąć tego błędu, postępowałem ostrożnie. Do trzech zasadniczych grup konstytucyjnych zaliczyłem tylko zupełnie niewątpliwe przypadki, dla budzących zaś wątpliwość potworzyłem odrębne rubryki, a mianowicie »pogranicze A« dla przypadków, okazujących niektóre cechy grupy I — inne grupy II, i »pogranicze B« dla tych, które mogły budzić wątpliwość, czy należą do grupy II czy grupy III.

Otrzymałem następujące liczby:

Grupa I (niewątpliwa) .	4.
Pogranicze A	16.
Grupa II (niewątpliwa)	91.
Pogranicze B	16.
Grupa III (niewątpliwa)	17.

Uderza tu duża ilość przypadków w »pograniczu A«, zwłaszcza w stosunku do cyfry 4 grupy I. I grupa graniczna B — mieści w sobie sporo osób. Otóż z przypadkami tymi można było postąpić w trojaki sposób, a mianowicie a) »pogranicze A« zaliczyć do grupy I, a »pogranicze B« do grupy II, b) podzielić przypadki pograniczne na połowy i jedną przydzielić w górę, drugą na dół, t. j. z 16 przypadków A osiem do grupy I, a 8 do grupy II i analogicznie 8 z pogranicza B do grupy II, a 8 do grupy III; c) przypadki pograniczne A wcielić do grupy II, a przypadki B do grupy III.

Wybrałem ten trzeci sposób, przyczem świadomie działałem na niekorzyść tezy, wygłoszonej w pierwszej mojej pracy, gdyż przez to wprowadziłem do grupy II pewną ilość przypadków, które powinny się były znaleść w grupie I, a co ważniejsze, powiększyłem znacznie liczbę grupy III, mieszcząc w niej szereg osób z pogranicza B, niekoniecznie tu należących. Rozumowałem w ten sposób: Jeśli mimo tego przesunięcia materyału w stronę grupy III okaże się, że liczba tej grupy jest niestosunkowo mała, to wynik będzie wprawdzie ilościowo nieścisły, ale zato jakościowo niewątpliwy, a przecież w pierwszym rzędzie o ten wynik jakościowy nam chodzi.

Dla ścisłości chciałem skontrolować, czy istotnie grupa III została przez to sztuczne przesunięcie materyału rozcieńczona przypadkami, należącymi do wyższej grupy. Jako sprawdzian wybrałem jedną z cech morfologicznych, a więc dających się stwierdzić niezależnie od wywiadów, i to cechę, na którą rozwój mięśniaków nie mógł wywrzeć wpływu, a mianowicie owłosienie o typie męskim. Z poprzedniej mojej pracy wynika, że między kobietami należącemi do grupy III jest 30·9% takich, które okazują wybitne owłosienie tego typu. W grupie II jest ich tylko 1·2%, w grupie pierwszej nie spotyka się ich wcale. Otóż zro-

zumiałem jest, że jeśli istotnie przydzieliłem do grupy III szereg osób grupy wyższej, to obniżyć przez to musiałem liczbę odsetkową 30·9, odpowiadającą kobietom po męsku owłosionym. I tak też stało się rzeczywiście. Liczba ta spadła do 24·2%, co zdaje się przemawiać za tem, że istotnie połowa »pogranicza B« należała do grupy II, a dostała się przez przesunięcie materjału do grupy III.

Wreszcie dokonałem jeszcze jednego przesunięcia, wliczając cztery przypadki grupy I do grupy II. Poprostu nie chciałem obliczać osobno odsetki dla liczby 4. Otrzymałem w ten sposób dwa zgrupowania, które mogły być sobie przeciwstawione, a mianowicie: a) grupa I (4), pogranicze A (16) i grupa II (91) razem w liczbie 111 przedstawiają osoby, nie okazujące ani śladu konstytucjonalnej niedomogi w narządach płciowych i

b) pogranicze B (16) i grupa III (17) razem w liczbie 33, przedstawiają kobiety z konstytucjonalną niedomogą.

W odsetkach: zgrupowanie a) 77·1% przypadków, zgrupowanie b) 22·9%.

Przypominam, że między zgłaszającemi się do nas choremi (bez względu na cierpienie) 39% okazuje niedomogę konstytucjonalną, tymczasem między osobami z mięśniakami jest ich tylko 22·9%.

W rzeczywistości liczba ta byłaby jeszcze mniejsza, gdybyśmy jej nie byli sztucznie powiększyli przez przesunięcie materjału w stronę grupy III. Ale i ta sztucznie powiększona liczba jest uderzająco niską w porównaniu z liczbą 39%. Na jej podstawie możemy z całą stanowczością twierdzić, że mięśniaki rozwijają się szczególnie często u osób nie okazujących niedomogi konstytucjonalnej w narządach płciowych, czyli, że rozwojowi ich sprzyja stan konstytucyjny normalny lub szczególnie silny.

Drugie zestawienie statystyczne oparło się na zupełnie innej podstawie, choć rzucić miało światło na tę samą kwestję.

Pewnikiem, nie podawanym dziś przez nikogo w wątpliwość, jest fakt, że osoby mające mięśniaki albo wcale nie miały dzieci, albo ich miały mało. Przed paru laty zestawiała Dr Radwańska liczby statystyczne, oparte na zapiskach z mojej praktyki prywatnej, a tyczące się chorych z mięśniakami. Było ich wogóle 492, z tego 56 niezamężnych. Z pozostałych 436 było aż 211 bezdzietnych, co daje ogromny odsetek 48·4%. Rodziło 225 kobiet; przebyły one ogółem 639 porodów, na jedną więc wypada liczba 2·8, co jest znacznie niżej przecięcia, obracającego się u nas około liczby 4·5. Z tych kobiet, które rodziły, było aż 82% takich, które miały mniej dzieci niż przeciętnie, t. j. mniej niż 4, a wśród nich aż 72 t. j. 32% osób o jednem dziecku. Te liczby Dr Radwańskiej są w zasadniczych rysach zgodne z tem, co na ten temat ogłoszono zagranicą.

Ożywiona, niekiedy nawet namiętna dyskusja toczyła się na temat, czy te bezdzietne, względnie małodzietne kobiety nie rodzą dlatego, że mają mięśniaki, czy też przeciwnie mają mięśniaki dlatego, że nie rodzą. To drugie zdanie, bronione w szeregu prac przez Hofmeiera, zwyciężyło na całej linii. Wiemy dziś na pewne, że nierodzenie przez czas dłuższy może wywołać, czy ułatwić rozwój mięśniaków, i to bez względu na to, jaką była nierodzenia tego przyczyna: dziewictwo, niemoc płciowa męża, choroby jajowodu, coitus interruptus, czy inna.

Otóż właśnie ten niewątpliwy fakt, że nierodzenie sprzyja powstawaniu mięśniaków, zużytkowałem jako podstawę innego zgoła zestawienia statystycznego, niż poprzednie.

Zadałem sobie pytanie: co się dzieje z macicą osoby, która przez 20 lat miesiączkuje, a nie rodzi i nie roni? U ilu z tych kobiet, nieczynnych w sprawie rozrodu przez lat dwadzieścia, rozwijają się mięśniaki? Czy częściej u tych, które mają prawidłową konstytucję narządów płciowych, czy przeciwnie u kobiet z niedomogą konstytucjonalną?

Zbadałem dokładnie sto takich kobiet. Okazało się, że 51 z nich nie miało mięśniaków, a u 49 można je było stwierdzić. Ta ogromnie wysoka liczba 49% była dla mnie niespodzianką.

Czekała mnie i druga niespodzianka na punkcie konstytucji tych osób. Między owemi stu kobietami 54 okazywało niedomogę konstytucjonalną narządów płciowych, a tylko 46 miało konstytucję prawidłową. Ta przewaga niedomogi w grupie osób, które nie rodziły przez lat 20, nie może ostatecznie zadziwiać, boć przecież ta niedomoga sama przez się tak często powoduje bezdzietność względnie małodzietność. Dla dokładności dodaję, że i tu zaliczyłem do grupy niedomóg te przypadki pograniczne (w liczbie 6), co do których istnieć mogły wątpliwości, czy nie należą do grupy II t. j. osób o konstytucji prawidłowej. Miały one w każdym razie pewne cechy, przemawiające za konstytucjonalną niedomogą.

Niespodziewanie jaskrawy wynik wyłonił się dopiero z zestawienia, które poniżej podaję.

Z 46 kobiet, konstytucjonalnie niewątpliwie normalnych, które przez 20 lat nie miały dzieci, tylko 10 wolnych było od mięśniaków (22%), a u 36 t. j. 78% stwierdzić je można było na pewne. Możnaby nieomal powiedzieć, że u osób tej grupy konstytucjonalnej rozwijają się po 20 latach nierodzenia mięśniaki z reguły, a brak ich należy raczej do wyjątków.

Wręcz przeciwnie ma się rzecz u osób z niedomogą. Z 54 kobiet tej grupy 41 (76%) nie miało mięśniaków, a u 13 (24%), można je było stwierdzić. Ale co więcej. Osoby o konstytucji prawidłowej miały częściej mięśniaki duże, osoby z niedomogą małe.

Dla rozjaśnienia tej sprawy podzieliłem mięśniaki co do wielkości na cztery grupy: 1) małe (jeden lub kilka guzków wielkości orzechów), 2) średnie (macica tak wielka, jak macica ciężarna II—III m., 3) duże (macica wielkości macicy ciężarnej III—VI m.), 4) bardzo duże (większe od poprzednich). Otóż w grupie osób o konstytucji prawidłowej 36 kobiet, jak wiadomo, miało mięśniaki, z tych 5 małe, 13 średnie, 16 duże i 2 bardzo duże. W grupie osób z niedomogą na 13 kobiet dotkniętych mięśniakami 9 miało guzki małe, dwie średnie i dwie duże. Różnica jest więc i tu uderzająca.

A teraz wnioski z tych zestawień. Sądzę, że mamy prawo stwierdzić: 1) Mniej więcej połowa wszystkich kobiet, które przez 20 lat nie rodzą, choć są w pełni życia płciowego, ma po upływie tego czasu mięśniaki maciczne. 2) U kobiet o prawidłowej konstytucji narządów płciowych rozwijają się w tych warunkach mięśniaki nieomal z reguły, w każdym zaś razie w znacznej większości przypadków (78%) i dochodzą do znacznych rozmiarów. 3) U kobiet z niedomogą konstytucjonalną narządów płciowych zjawiają się po 20 latach nierodzenia mięśniaki rzadko (24%) i rosną powoli.

Tak przedstawiają się wyniki moich własnych badań. W piśmiennictwie, obfitującem w olbrzymią ilość prac o mięśniakach, uderzająco mało jest publikacji na temat nas obchodzący. Mówi się tam raczej o wpływie ogólnego stanu konstytucyjnego na rozwój mięśniaka, niż o stanie samych narządów płciowych. I tak przez pewien czas zajmowano się kwestją wpływu rasy na rozwój tych nowotworów, przyczem podawano, że murzynki mają mieć w tym względzie szczególną skłonność (Gaillard Thomas, St. Vel, Demusquay, Aimes). Löfquist[3]) i Theilhaber[4]) mówią tosamo o żydówkach, a powtarza to za nimi Bauer[5]). Jeśli co do murzynek istnieją wątpliwości, to tem silniej odnoszą się one do owej domniemanej skłonności żydówek. Theilhaber podaje wprawdzie uderzające liczby, które pozornie za tem przemawiają. W jego klienteli, między kobietami, dotkniętemi mięśniakowymi guzami, było 19% żydówek, między zaś kobietami z rakiem szyi tylko 0·75% żydówek. W mojem ambulatorjum jest taka sama rażąca różnica, ale nie wynika z niej bynajmniej, żeby żydówki miały szczególną skłonność do rozwoju mięśniaków. Logicznie można wyprowadzić z tych liczb jeden tylko wniosek, t. j. że albo w rasie tej istnieje skłonność do tworzenia się mięśniaków macicznych, albo istnieje brak skłonności do powstawania raka szyjki. Na podstawie dokładnych obliczeń twierdzę, że tylko to drugie jest słuszne.

Zajmowano się dalej sprawą występowania mięśniaków u blisko spokrewnionych ze sobą osób, co też przemawia za wpływem konstytucji (Gusserow, Engström[6]), Hofmeier, Kleinwächter, Veit[7]), de Ranse, Spannochi[8]), Essen Möller[9]). I ja mógłbym do tego spisu dorzucić kilka spostrzeżeń mięśniaków u sióstr. Wszystko to jednak jest kazuistyką, z której trudno wyciągać wnioski, zwłaszcza, że chodzi tu o cierpienie tak częste, jak mięśniaki.

Ze szczególnem zaciekawieniem szukałem w piśmiennictwie uwag, któreby choć pośrednio rzucały światło na konstytucję narządów płciowych u osób z mięśniakami. Jest ich uderzająco mało. Krystyna Glöckner[10]) dochodzi na podstawie liczb, opartych na materjale kliniki sztrasburskiej, do przekonania, że osoby chore na mięśniaki wcześniej zaczynają miesiączkować, niż osoby zdrowe. Najdokładniej i najrozumniej pisze o tem Troell[11]) z Lundu. I on twierdzi, że im wcześniejsza jest dojrzałość płciowa, tem prawdopodobniejszy rozwój mięśniaków. Stąd też wynika, zdaniem jego, że te kategorje osób, u których miesiączka zwykła się wcześniej pojawiać (żydówki, warstwy zamożne) więcej narażone są na te guzy. Również i późne zgaśnięcie czynności

płciowych odgrywa tu rolę, gdyż razem z wczesnym rozwojem płciowym przemawia za silnem rozwinięciem typu płciowego (stark entwickelte Sexualität). Wedle Troella, kobiety z Lund miesiączkują przeciętnie przez 30·4 lat, natomiast wybrane z nich chore na mięśniaki przez 34·3 lat. Zupełnie podobne stanowisko zajmuje drugi autor skandynawski, Leopold Meyer z Kopenhagi, którego oryginalna praca nie była mi dostępną.

W rok po publikacji Troella, Freund [12]) pisze coś wprost przeciwnego. Zdaniem jego kobiety z dziecięcością ustroju skłonne są szczególnie do mięśniaków. Co prawda, przytoczone przez niego liczby wcale tego nie dowodzą (na 300 kobiet z mięśniakami 36 z dziecięcością).

Aschner [13]) w swojej dużej książce o chorobach gruczołów dokrewnych u kobiet pisze o tych rzeczach mętnie, gdyż w jednem zdaniu zdaje się stać na stanowisku Troella, w drugiem na wprost przeciwnem Freunda. Mięśniaki, zdaniem tego autora, spostrzega się u seksualnie zimnych, źle rozwiniętych kobiet (frigiden, mangelhaft veranlagten), co nie przeszkadza mu na tej samej stronie twierdzić, że późne przekwitanie osób z mięśniakami jest następstwem silnej i długotrwałej żywotności jajników.

Wreszcie Bauer [3]), autor wielkiego rozmiarami dzieła o konstytucyjnem usposobieniu do chorób wewnętrznych, poświęca osobny ustęp sprawie mięśniaków. Staje on na niewątpliwie błędnem stanowisku Freunda, twierdząc, że szczególnie często spotyka się mięśniaki u osobników dziecięcych lub wogóle konstytucyjnie nieprawidłowych. To jest z pewnością niezgodne z prawdą. Słusznie natomiast twierdzi Bauer, że częsty stosunkowo związek mięśniaków z miażdżycą tętnic, cukrzycą, otyłością i wolem przemawia za wpływem stanu konstytucyjnego na rozwój tych nowotworów.

Raz jeszcze nakoniec porusza Bauer sprawę zjawiania się mięśniaków u osób blisko spokrewnionych i za Theilhaberem powtarza uwagi o skłonności żydówek.

I oto wszystko, co znaleść mogłem w piśmiennictwie. Z zestawienia tego widzimy, że Freund, a za nim Aschner i Bauer wiążą niedorozwój narządów płciowych z rozwojem mięśniaków, w czem stoją z wynikami moich badań w sprzeczności. Natomiast Krystyna Glöckner, Troell i Meyer zajmują stanowisko, zgodne z mojem. Nie wypowiadają oni wprawdzie zdania, że silna konstytucja narządów płciowych sprzyja rozwojowi mięśniaków, jak wogóle nie mówią nic o stanie konstytucyjnym tych narządów, ale są myśli tej bardzo blisko, do tego stopnia, że ich wywody liczbowe dadzą się wprost zużytkować do poparcia mojego zapatrywania.

II.

Usadowienie mięśniaków, a konstytucja narządów płciowych kobiecych.

Mimo zwycięstwa zapatrywań Hofmeiera, że nierodzenie nie jest następstwem, tylko przyczyną rozwoju mięśniaków, nie może ulegać żadnej wątpliwości fakt, że mięśniaki mogą spowodować niepłodność. Oddawna wiedziano, że najgorszy wpływ w tym kierunku wywierają mięśniaki podśluzowe, najmniejszy zaś podsurowicze, i rozumiano, dlaczego tak być musi. Zmiana chorobowa, która tak jak mięśniak podśluzowy wiedzie do zaniku śluzówki macicznej na guzie, a do chorobowego jej bujania na reszcie ścian i która z reguły wywołuje krwotoki i wypływy surowicze, musi utrudniać w wysokim stopniu i wędrówkę plemnika i zagnieżdżenie się zapłodnionego jajka i (jeśliby do tego zagnieżdżenia doszło) prawidłowe wytworzenie się zatok krwawych dokoła jaja. Z drugiej strony wiemy, że wnętrze macicy, dotkniętej mięśniakami podsurowiczymi, bywa zwykle zupełnie zdrowe i że u tych osób prawidłowo przebiegają wszystkie fazy okresu miesiączkowego.

Z tych zaprzeczyć się nie dających faktów wynika logicznie pewnik, że gdyby przyczyną małej płodności kobiet z mięśniakami były te nowotwory, to osoby z guzami podśluzowymi miałyby najmniej dzieci, osoby zaś z mięśniakami podsurowiczymi najwięcej. Tymczasem już od dawna wiemy, że rzecz ma się wprost przeciwnie: kobiety z guzami podśluzowymi opowiadają nam o licznych przebytych porodach, kobiety z mięśniakami podsurowiczymi żalą się na niepłodność.

Materjał kliniki krakowskiej potwierdza to w liczbach. Zestawiałem je dwa razy, pierwszy raz przed 26 laty, drugi raz obecnie. W pierwszem zestawieniu rozporządzałem materyałem 193 kobiet, w drugiem 147, przyczem uwzględniam, mówiąc o płodności, tylko kobiety zamężne. Wśród tych 340 kobiet 107 miało mięśniaki podśluzowe trzonu; rodziły one razem 469 dzieci, na jedną więc przypada przeciętnie 4·4. Osób z guzami ściennymi i podsurowiczymi było 233, a dzieci z nich urodzonych 531, w przecięciu więc 2·3 na jedną. Wynika z tego, że na jedną kobietę z mięśniakiem podśluzowym wypada nieomal dwa razy więcej porodów, niż na jedną kobietę z mięśniakiem, usadowionym miąższowo lub podotrzewnie.

Dokładniej zestawiłem materjał, pochodzący z ostatnich czasów. Na 55 chorych z mięśniakami podśluzowymi było tylko 6 bezdzietnych (10·9%), natomiast między osobami z mięśniakami podsurowiczymi było bezdzietnych aż 38 t. j. 73%. Różnica jest tu w najwyższym stopniu uderzająca, zwłaszcza jeśli sobie uprzytomnimy, że rozwój podśluzowy nowotworu zwykle uniemożliwia ciążę, podsurowiczy zaś wcale jej nie przeszkadza.

Ale i ilość urodzonych dzieci jest większa w grupie mięśniaków podśluzowych. W grupie tej 55 kobiet miało 212 dzieci, czyli jedna 3·9, w grupie podsurowiczych z 52 kobiet urodziło się dzieci 41, czyli 0·8 na jedną. Nawet jeśli uwzględnimy tylko kobiety, które rodziły, jeszcze różnica ta będzie wyraźna, wypadnie wówczas na 49 matek z mięśniakami podśluzowymi 212 dzieci czyli 4·3 na jedną, natomiast na 14 matek z guzami podsurowiczymi 41 porodów, t. j. 2·93 na jedną.

Wynika z tego:

1) Kobiety, z mięśniakami podsurowiczymi są w ogromnej przewadze bezdzietne (73%), a jeśli rodzą, to małą liczbę dzieci (2·93).

2) Kobiety z mięśniakami podśluzowymi są wyjątkowo bezdzietne (10·9%) i rodzą średnią liczbę dzieci (4·3).

Mięśniaki śródścienne, co do których nie podaję liczb, stoją pośrodku o tyle, że bezdzietnych kobiet jest tu znacznie mniej, niż w grupie podsurowiczych, ale znacznie więcej, niż w grupie podśluzowych, a ilość urodzonych dzieci jest wyższa, niż u pierwszych, a niższa, niż u drugich.

Te liczbowe zestawienia krakowskiego materjału nie mówią nic nowego; do podobnych wyników doszli inni autorzy, a pierwszy Schorler [14]) (1885) na podstawie liczb kliniki berlińskiej Schrödera.

Chodzi o to, co może być przyczyną tego bądź co bądź dziwnego stanu rzeczy. Szukano na to odpowiedzi na różnych drogach. Schorler próbuje tę sprawę wyjaśnić; twierdzi on, że mięśniaki podsurowicze drażnią otrzewnę, powodują zrosty i na tej drodze stają się przyczyną niepłodności. Ten punkt widzenia nie wytrzymuje jednak krytyki. Przedewszystkiem nie jest zgodne z prawdą, jakoby mięśniaki podsurowicze wywoływały tak niezmiernie często zapalenia otrzewnej (»partielle Peritonitiden« Schorler), przeciwnie dzieje się to bardzo rzadko, chyba pod wpływem obumarcia guza lub skręcenia się jego szypuły.

Nie mógłbym też dziś zgodzić się na tłumaczenie, jakie podałem w pracy z r. 1894 [15]). Liczbami dowodziłem wówczas, że kobiety z mięśniakami podśluzowymi są przeciętnie starsze w chwili, kiedy się do nas zgłaszają, od osób z guzami ściennymi lub podsurowiczymi, a że chora z mięśniakiem podsurowiczym może go długo nosić, nic o nim nie wiedząc, kobieta zaś z guzem podśluzowym dowiaduje się o swojem cierpieniu aż zbyt rychło, przeto niewątpliwie ta różnica wieku, o ile chodzi o początek choroby, jest bardzo wybitna. Powiedzmy n. p., że mięśniaki podsurowicze zaczynają róść w 30., podśluzowe w 40. roku życia, a wtenczas kobiety z guzami podśluzowymi mają o 10 dla rodzenia ważnych lat dłużej zdrową macicę, niż osoby z mięśniakami podsurowiczymi.

Ten sposób tłumaczenia sprawy byłby słuszny, gdyby guzy podsurowicze na równi z podśluzowymi wykluczały lub utrudniały zajście w ciążę. Ale tego nie czynią właśnie guzy podsurowicze. Rzecz ma się właściwie zupełnie odwrotnie. Jeśli, co przecież jest faktem, mięśniaki podsurowicze nie przeszkadzają zajściu w ciążę, to kobiety cierpiące na nie mają czas na rodzenie aż do okresu przekwitania, natomiast osoby z guzami podśluzowymi mogą rodzić tylko do chwili, kiedy się guz rozwijać zacznie, t. j. n. p. do 40 r. życia.

W tej samej sprawie zabierał później głos Goetze [16]). Wieloródki zdaniem jego dlatego częściej zapadają na mięśniaki podśluzowe, że u nich naprzód pod wpływem chorób błony śluzowej, nabytych w połogu, łatwiej rozwija się nowotwór w pobliżu błony śluzowej, a powtóre u wieloródki łatwiej wsuwa się guz do obszernej jamy macicznej, niż u osób, które nie rodziły, do ciasnej jamy macicy dziewiczej. Rzecz jasna, że ważniejszy jest punkt pierwszy; boć przecież tylko te guzy mogą się wsunąć do obszernej czy ciasnej jamy macicy, które się zaczęły rozwijać w pobliżu błony śluzowej.

Tu Goetze staje na stanowisku dawnej Virchowowskiej teorji, wedle której mięśniak powstaje pod wpływem bodźców

»irrytatywnych«, za jakie poczytaćby istotnie można sprawy zapalne na błonie śluzowej. W rozumowaniu Goetzego tkwi jednak błąd zasadniczy. Jest wprawdzie rzeczą niewątpliwą, że przebyte porody mogą wywołać zapalne zmiany na błonie sluzowej macicy, jednak prawdą jest też, że osoby, które takie zapalenie przebyły, są przeważnie niepłodne. Otóż w wielkiej liczbie przypadków zapalenie takie rozwija się już przed pierwszą ciążą (gonorrhoea) lub po pierwszym porodzie, względnie poronieniu, a wtenczas jego drażniące w znaczeniu Virchowowskiem działanie musiałoby też odgrywać rolę. Gdyby atoli tak było, spotykalibyśmy mięśniaki podśluzowe szczególnie często u osób niepłodnych z powodu zapalnych zmian na błonie śluzowej trzonu, co właśnie zdarza się bardzo rzadko.

Żadne więc z dotychczasowych tłómaczeń nie może nas zadowolnić.

Zawiły ten problemat starałem się rozplątać i rozjaśnić spostrzeżeniami nad stanem konstytucyjnym osób z mięśniakami o różnem usadowieniu. Wyszły przy tem na jaw fakty w wysokim stopniu interesujące i mogące się przyczynić do rozjaśnienia sprawy. Okazało się mianowicie, co następuje:

1) Z pośród badanych przezemnie kobiet z mięśniakami podśluzowymi wszystkie okazywały prawidłową, względnie szczególnie silną konstytucję narządów płciowych. Nie było między niemi osób z niedomogą konstytucjonalną.

2) Z pełnej ilości kobiet, cierpiących na mięśniaki podsurowicze, 60% należało do grupy III, t. j. okazywało objawy konstytucjonalnej niedomogi narządów płciowych.

3) Z drugiej strony wśród chorych mięśniakowych, należących do grupy III, 64% miało guzy podsurowicze, 36% ścienne a 0% podśluzowe.

Innemi słowy można to tak wyrazić: jeśli zgłasza się do nas osoba z mięśniakiem podśluzowym, to możemy być prawie pewni, że konstytucja jej narządów płciowych jest prawidłowa lub od przeciętnej silniejsza.

Natomiast jeśli stwierdzamy guzy podsurowicze, to z prawdopodobieństwem 60 na 100 możemy przypuszczać, że osoba ta ma konstytucyjną niedomogę narządów płciowych.

Z drugiej strony, jeśli wiemy, że kobieta o niedomodze konstytucyjnej ma mięśniaki maciczne, a nieznana nam jest ich siedziba, to prawie na pewne wykluczyć możemy rozwój ich podśluzowy, a z prawdopodobieństwem 64 na 100 przyjąć możemy rozwój podsurowiczy.

I teraz rozumiemy, dlaczego między choremi z mięśniakami podsurowiczymi było aż 73% bezdzietnych, a między kobietami z guzami podśluzowymi tylko 10·9% i dlaczego nawet te, które rodziły, miały jedne mało dzieci (podsurowicze), a drugie normalną ich ilość (podśluzowe). Poprostu jedne były konstytucjonalnie upośledzone, a przez to niepłodne, drugie normalne, a więc płodne.

Jeśli tak postawimy sprawę, a zdaje mi się, że mamy prawo to uczynić, to natychmiast zjawi się pytanie, dlaczego tak jest, dlaczego niedomoga konstytucyjna ma ułatwiać rozwój guzów podsurowiczych, a nieomal wykluczać istnienie guzów podśluzowych.

Odrazu stwierdzić muszę, że nie jestem w stanie odpowiedzieć na tak postawione pytanie. Ciemną jest etjologja i histogeneza mięśniaków i ciemną jest istota tego lub innego stanu konstytucyjnego, jakżeż więc mógłby być jasnym wpływ tego stanu na rozwój mięśniaków?

Nawet dla hypotez pole nie jest jeszcze otwarte. Ze spostrzeżeń nad częstością rozwoju mięśniaków u kobiet różnych grup konstytucyjnych wynika tylko jedno: oto da się stwierdzić ponad wątpliwość, że konstytucja narządów płciowych odgrywa tu ważną rolę, i to nietylko w rozwoju mięśniaków wogóle, ale i w ich usadowieniu.

To ostatnie spostrzeżenie zachęca do podjęcia porównawczych badań nad budową i unaczynieniem warstwy podśluzowej i podsurowiczej mięśnia macicznego u kobiet o prawidłowej i odchylonej ku »minus« konstytucji narządów płciowych.

Przytoczone prace.

1) A. Rosner: Akad. Umiej. 1918. — 2) Hofmeier: Zeits. f. G. u. G. XXX. 1894. — 3) Löfquist: Engströms Mittheil. 8.— 4) Theilhaber: M. m. W. 1909, 25. — 5) Bauer: Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankh. 1917, p. 480. — 6) Engström: Centr. f. G. 1890. — 7) Veit: Handb. d. G. II. 1897. — 8) Spannochi: Arch. ital. d. G. 1899, p. 251. — 9) Ellis Essen Möller: Engstr. Mitt. 1899, III, 1. — 10) Glöckner Krystyna: Diss. Strassburg 1912. — 11) Troell A.: Monatsch. f. G. u. G. 1912, 35. — 12) Freund H.: Zeits. f. G. u. G. 1913, 74. — 13) Aschner: Die Blutdrüsenerkrankungen des Weibes. 1918. — 14) Schorler: Zeits. f. G. u. G. XI. 1885. — 15) A. Rosner: Przegl. lek. 1894. — 16) Goetze: Zeits. f. G. u. G. 66, 1910, p. 340.

O teorji nerwic i nerwowości Adlera

podał

Dr Maksymiljan Blassberg (Kraków).

(Podług wykładu wygłoszonego d. 6. V. 1920 w Krakowskiem Towarzystwie neurologiczno-psychiatrycznem).

(Dokończenie).

Teorja Adlera ma znaczenie nietylko lekarskie przez oświetlenie istoty nerwic, lecz także znaczenie pedagogiczne przez to, że rzuca światło na stosunek rodziców i otoczenia do dziecka i wytwarzania się przywar i cech charakteru dziecięcego. Wyjaśnia ona znaczenie nieświadomości płciowej dziecka. Teorja ta rzuca też ciekawe światło na psychiczne źródła jąkania się. Jąkaniem posługuje się nerwowość początkowo jako upornym buntem przeciw wymogom autorytetu rodzicielskiego. Później, gdy system ubezpieczenia się i obrony silniej się rozwinęły, posługuje się neurotyk jąkaniem jako rodzajem zapory i przeszkody, która umożliwia dziecku albo zupełnie unikać albo też usuwać i odwlekać wszelkie rozstrzygnięcia i starcia, któreby mogły narazić i dotknąć jego poczucie osobiste. Lekkie jąkanie się zdradza u neurotyków linie oporu, ambicji i niepewności leżącej na dnie.

W sprawie udziału kobiet przy współczesnem wychowaniu dzieci, zdaniem Adlera, przy pobieżnem rozpatrywaniu i na pierwszy rzut oka wydawałoby się, że w chwili obecnej wychowanie dzieci przypadło w udziale kobiecie, jednak przy głębszem badaniu wpływ kobiety na wychowanie dzieci jest, według niego, mimo to tylko ograniczony, gdyż dominuje tu wpływ mężczyzny. Tego wynikiem jest właśnie przewaga męskości we współczesnej kulturze i zdaniem Adlera mężczyzna, a nie kobieta, ponosi odpowiedzialność za wychowanie dzieci. Współczesne ideały kulturalne przykrojone są wyraźnie na męską modłę, one wnoszą w duszę dziecka tęsknotę i dążenie do panowania, stanowiska i znaczenia wobec otoczenia, one wybijają też swoje piętno także na wychowaniu dziecka, kierowanem przez kobietę. Współczesne wychowanie przez kobiety stoi także pod wpływem i dyktatem mężczyzny i męskiej kultury. Adler wyróżnia trzy główne typy złych kobiet wychowawczyń, których niezdolność wychowawcza ujawnia się właśnie w ciężkich czasach, gdy np. mężowie są na wojnie. Między tymi typami są liczne postacie przejściowe.

1) Typ pierwszy, to dziewczyna wyrosła w trwałej pogardzie dla roli kobiecej. U tej po zamążpójściu ciąże są połączone z nerwowością, unika ich. Wychowanie (dziecka jedynego lub więcej dzieci) połączone jest z ogromnemi trudnościami, tak że panuje ogólne wrażenie, że przybytek dzieci byłby dla całej rodziny olbrzymim ciężarem. Dziecko jej zbytnio rozpieszczone bywa w swoich pretensjach niepowściągliwe, albo na ucisk bez serca i wieczne gderanie — odpowiada pełnym mściwości buntem.

2) Typ drugi złej wychowawczyni, podobny do pierwszego, to matka, u której brak wiary we własne siły spotęgował się i urósł w zupełną niewiarę o wychowawczej wartości matki. Wierzy ona sama tylko w mężczyznę i bezwładnie dopatruje się w nim tylko swojego naturalnego i odpowiedzialnego oparcia. Tej kobiety środkiem wychowawczym są ciągłe i męczące żale, wątpliwości i narzekania. Dzieci wówczas bardzo szybko wchodzą w swoją rolę bohaterską i idą temsamem na rękę matce w dowodzeniu tezy, że »tylko mężczyzna nadaje się na wychowawcę«.

3) Trzeci typ, to kobieta czynna, która chce sobie przyswoić »męską« agresję i przesadza ją. Chciwość panowania, szczególna egzaltowana surowość i cielesne kary, jako środki wychowawcze u matki z jednej strony, — a z drugiej strony u dziecka tchórzostwo, lękliwość, nieśmiałość, tajemna tęsknota za klęską i pogromem matki lub potęgujący się upór i hardość.

Teorja Adlera stworzyła dla pedagogów nowe źródła pracy. Liczni autorowie ujęli tę naukę ze stanowiska pedagogicznego i badali np. na podstawie zadań szkolnych o wyborze zawodu, samodzielnie pisanych bajek dziecięcych i tym podobnych tema-

tów, jakie linie wytyczne są w psychice dziecka. A badania te w znacznej części potwierdzały i pogłębiały teorję Adlera. »Bajki te«, pisze Furtmüller, »przestały być dla nas czystemi zadaniami szkolnemi, nie stanowią one też dla nas czczej gry fantazyi bez znaczenia, lecz czujemy w nich tętnienie żywego życia; możemy z nich wyczytać konflikty, życzenia, plany i perspektywy na przyszłość, a po części osiągnęliśmy zrozumienie, które bez naszego poglądu na rzecz, nawet przy dokładnej osobistej znajomości odpowiednich dzieci, nie byłoby możliwe«.

Powstały zatem nowe zadania dla lekarzy i pedagogów. Psychoterapia musi z konieczności wglądnąć w okresy życia dziecięcego, gdyż doświadczenia życiowe, nauki z przeszłości i oczekiwania przyszłości zawsze skierowują i koncentrują się na fikcyjnym planie życiowym, powziętym już w wieku dziecięcym, a pedagogia musi się więcej aniżeli dotychczas opierać na doświadczeniach neurologów i psychiatrów. Leczenie neurologiczne polega na wykrywaniu i unicestwianiu chorobliwego systemu, przyczem jednak należy postępować ostrożnie, gdyż chorzy często cofają się i stawiają opór zamierzeniom leczniczym. Przy racjonalnym wyborze zawodu powinno się zwracać uwagę, aby ten zawód wyrównywał zupełnie mniejszą wartość dziecka, której ono jest mniej lub więcej świadome. Chodzi też o to, aby wykrywać i unieszkodliwiać powstające w wieku dziecięcym liczne wadliwe i chorobliwe linie wytyczne, aby wzmacniać zmysł rzeczywistości i odpowiedzialności, a nadto aby zastąpić utajoną nienawiść i gotowość do walki przez wzajemną życzliwość i skłonność do współżycia. Wychowywać i leczyć znaczy czynić zdolnym do towarzyskiego współżycia, a mistrzem jest ten, kto sam jest do tego zdolny, bez względu na to, czy jest mężczyzną czy kobietą, czy jest rodzicem, czy pedagogiem lub lekarzem.

Zastanawiając się nad znaczeniem teorji Adlera, dochodzimy do wniosku, że punktem wyjścia tych zapatrywań była wprawdzie niewątpliwie teorja neurologa wiedeńskiego Freuda i że szkoła Adlera posługuje się w swych badaniach zasadniczo temisamemi metodami psychoanalitycznemi. Dochodzi ona jednak do innych wyników i w przeciwieństwie do wielu bezkrytycznych adeptów szkoły Freudowskiej stanowi poważne przedmiotowe i krytyczne oświetlenie teorji Freuda. Wskazuje ona na błędność zapatrywań zwolenników Freuda, jakoby nerwice miały podłoże i źródło wyłącznie seksualne. Zasługą jej jest również to, że dotarła do oświetlenia psychologii u ogromnej masy osobników nerwicznych i wskazała na konstytucjonalną słabość ustroju, jako źródło i punkt wyjścia chorobliwego światopoglądu u wielu osobników nerwowych. Wykazała, że zachowanie się osobników nerwowych w rozmaitych warunkach i w różnych czasach może mieć jednolitą przyczynę w dążeniu do rzeczywistej lub fikcyjnej władzy nad otoczeniem i wyrównywaniu na tej drodze własnego niskiego samopoczucia, oraz że ten popęd do władzy może być taksamo silnym czynnikiem, jak głód lub popęd płciowy. Doniosłą zasługą tej teorji jest to, że wskazała nowe zadania pedagogii, która powinna już w wieku dziecięcym zwracać uwagę na błędny światopogląd, jaki sobie urabia dziecko wśród nieprawidłowych warunków, który staje się później źródłem chorobliwego oddziaływania na bodźce i zadania życia realnego.

Ujemną stroną tej teorji jest jej jednostronność. Odnosi ona bowiem, podobnie jak teorja Freuda, wszystko bezwzględnie do jednej jedynej zasady mimo tego, że na całokształt charakteru i światopoglądu oraz na sposób zachowania się składa się mnóstwo czynników fizycznych i psychicznych wpływów środowiska, wczesnych i późniejszych, oraz bardziej lub mniej stałych lub czasowych.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Dimitz: **Encephalitis choreiformis epidemica.** (W. kl. W. 1920, 8). Na podstawie 35 spostrzeganych przypadków kreśli D. następujący obraz kliniczny: Okres lekkiego nieżytu narządu oddechowego poprzedza wystąpienie właściwej choroby, która się rozwija najczęściej powolnie, rzadziej nagle; zaczyna się niewielką gorączką, opryszczką na wargach, bólami neuralgicznymi, które chory odczuwa w okolicy lędźwiowej lub w głębi jamy brzusznej. Występuje bezsenność, której nie można zupełnie lub tylko częściowo usunąć środkami leczniczymi; zjawiają się skurcze kloniczne i ruchy pląsawicze; skurcze przepony i powłok brzusznych są jednym z najbardziej charakterystycznych objawów choroby, — najstalszym zaś objawem są ruchy pląsawicze. Bardzo często źrenice oddziałują leniwo lub całkiem nie oddziałują na światło; dno oka jest prawidłowe. Płyn mózgowordzeniowy okazuje cechy zapalne. Obok tego powstają objawy psychiczne, które nie mają żadnej swoistej cechy; wybitne są omamy wzrokowe i słuchowe; stan psychiczny przypomina drżączkę opilczą (delirium tremens). Choroba jest niebezpieczna; na 35 chorych zmarło dziesięć, w niektórych razach po 4—10 dniach choroby. Sekcja stwierdziła rozpulchnienie mózgu, przekrwienie mózgu i opon mózgowych, a w jednym przypadku gołem okiem widoczne krwotoczki w mózgu. Mikroskopowo znaleziono krwotoczne zapalenie mózgu, które, aczkolwiek nie wyłącznie, dotyczy substancji szarej. Etjologja nieznana, zastanawiającą jest jednak rzeczą, że w czasie panowania grypy wystąpiła encephalitis lethargica i encephalitis choreiformis epidemica. Leczenie tylko objawowe, więc głównie środki nasenne. Dr Kostrzewski.

Claisse: **Encephalitis lethargica.** (Bull. Soc. Hôp. 1919, 9—10). Na podstawie trzech przytoczonych historyj chorób zwraca C. uwagę, że mogą istnieć postacie poronne tego schorzenia, w których brakuje charakterystycznej śpiączki. Objawami, które każą je zaliczać do tego schorzenia, są zaburzenia wzrokowe takie, jak opadnięcie powiek, lekki zez oraz podwójne widzenie. Przez nakłucie lędźwiowe otrzymuje się płyn zazwyczaj przeźroczysty bez wyraźnych zmian i nieprawidłowości.

Dr Blassberg (Kraków).

Milian: **Grypa a encephalitis lethargica.** (Bull. Soc. des Hôp. 1919, 9—10). Autor przytacza szczegółową historję choroby 20 letniej kobiety będącej w 7. miesiącu ciąży. Chora nabyła grypy, zaraziwszy się od męża, u którego ta choroba miała przebieg typowy. U chorej tej wystąpiło powikłanie w postaci ciężkiego obustronnego zapalenia płuc. Gdy choroba weszła w okres ozdrowienia i stan był bezgorączkowy, wystąpiły objawy encephalitis lethargica, a mianowicie otrętwienie, wymioty, przyspieszenie tętna i wybitna śpiączka, która doprowadziła do zejścia śmiertelnego. Autopsyi nie było. Autor uważa ten przypadek za dowód identyczności grypy z encephalitis lethargica, gdyż zmiany mózgowe rozwinęły się jako powikłanie tej choroby. Dr Blassberg (Kraków).

Högler: **Encephalitis grippalis i encephalitis lethargica.** (W. kl. W. 1920, 7). H. spostrzegał następujący przypadek encephalitis lethargica. W $2^1/_2$ miesiąca po przebytej grypie wystąpiła nagle śpiączka (przy utrzymaniu przytomności), porażenie mięśni ocznych, a mianowicie opadanie powiek, nierówność źrenic i leniwe oddziaływanie na światło i konwergencję; obok tego wystąpiło lewostronne porażenie podniebienia, zanik lewej połowy języka, niezborność lewej górnej kończyny, objaw Romberga, drżenie oczu, wzmożenie odruchów kończyny górnej i dolnej lewej. Przypadek ten skończył się wyleczeniem. Śpiączka trwała $3^1/_2$ miesiąca, — nierówność źrenic i leniwe ich oddziaływanie na światło utrzymywało się jeszcze po 9 miesiącach. W przebiegu grypy o charakterze septycznym wystąpiły objawy mózgowe: utrata przytomności, drgawki toniczno-kloniczne, ogólne napięcie mięśniowe i nagła utrata wzroku. W 10. dniu choroby nastąpiła śmierć; sekcja wykazała w płucach zmiany charakterystyczne dla grypy i krwotoczne zapalenie mózgu. W drugim przypadku w czasie grypy wystąpiła śpiączka, sztywność karku, prawostronna padaczka typu Jacksona i lekki niedowład kończyny górnej prawej; choroba skończyła się po $1^1/_2$ miesiąca wyzdrowieniem. Zdaniem autora nie należy utożsamiać encephalitis lethargica i encephalitis grippalis. Dr Kostrzewski.

Gerstmann: **Objawy kliniczne i rokowanie w przebiegu obecnie panującego nagminnego zapalenia mózgu.** (W. kl. W. 1920, 8). Różnorodność klinicznych objawów w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu jest prawdopodobnie następstwem rozsiania zmian chorobowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Zależnie od nasilenia i jakości objawów odróżnia G. cztery typy kliniczne choroby, — podnosi jednak z naciskiem, że choroba występuje wyjątkowo tylko w jednej postaci, natomiast najczęściej jedna postać chorobowa łączy się z drugą. Do pierwszego typu zalicza G. chorych, u których przeważają ruchy pląsawicze; drugi typ obejmuje chorych, którzy popadają w śpiączkę, mają porażenie mięśni gałek ocznych i okazują wybitne upośledzenie siły mięśniowej; do trzeciego typu zalicza chorych z drgawkami klonicznemi, głównie przepony i mięśni brzusznych; czwarty typ, to chorzy z zaburzeniami psychicznemi przypominającemi drżączkę opilczą (delirium tremens). Choroba jest bardzo ciężka, rokować należy ostrożnie, wyzdrowienia jest się pewnym dopiero po całkowitem ustąpieniu objawów chorobowych. Dr Kostrzewski.

Herschmann: **Zapalenie opon mózgowordzeniowych w następstwie czerwonki** (W. kl. W. 1920, 4). W przeciwieństwie do innych znanych a niezbyt rzadkich schorzeń układu nerwowego zarówno ośrodkowego, jak i obwodowego w następstwie czerwonki, spostrzegał H. przypadek zapalenia opon mózgowordzeniowych w następstwie czerwonki. Objawy mózgowe wystąpiły bezpośrednio po wyleczeniu czerwonki, a w 6. tygodniu uległy znacznemu nasileniu w postaci zapalenia opon mózgowordzeniowych. Płyn mózgowordzeniowy okazywał cechy zapalne; przy kilkakrotnem badaniu okazał się jałowym, tak że zapalenie opon mózgowordzeniowych należy uważać za skutek działania jadów drobnoustrojów, a nie samych drobnoustrojów. Surowica krwi aglutynowała szczep Y. Chorą leczono dożylnemi wstrzykiwaniami szczepionki gronkowcowej; choroba skończyła się pomyślnie. Dr Kostrzewski.

H. Stockmeier: **Luminal w czkawce mózgowej.** (W. kl. W. 1919, 36). Autor podawał w czkawce, wywołanej przez podrażnienie nerwu przeponowego lewego, 0·15 luminalu, poczem czkawka wkrótce ustępowała. Gdy zaś za kilka dni powracała, podawał S. po 0·3 luminalu, ze stałym już skutkiem. J.

Strauss: **O działaniu naświetlania w padaczce.** (D. m. W. 1919, 4). Autor przypomina, że wielu fizjologów i lekarzy stwierdziło zmniejszenie odruchowości po naświetlaniu kory mózgowej u zwierząt, a u ludzi znieczulenia i ustępowanie bolów po naświetlaniach. W przypadku Straussa u 22-letniej dziewczyny były od wieku dziecięcego napady padaczki Jacksonowskiej w prawem ramieniu, połączone z bezprzytomnością. W ostatnich zaś czasach napady były bardzo częste, kilkanaście razy dziennie, tak że chora pokoju opuszczać nie mogła z obawy przed uszkodzeniem się. Musiano przystąpić do zabiegu operacyjnego, wycinając ośrodek ruchowy prawego ramienia, poczem prawe ramię stało się bezwładne, ale padaczka nie ustąpiła. Podawanie luminalu i bromku potasowego przynosiło bardzo małą ulgę. Wtedy rozpoczęto naświetlania lewej dośrodkowej bruzdy czterema dawkami (Erythemdosen) twardych przesączonych promieni przez cztery posiedzenia w odstępach czterotygodniowych. Wynik naświetlań był nadzwyczajny; ciężkie napady, połączone z bezprzytomnością, ustąpiły. J.

Hauser: **Znieczulenie brzuszne w wiądzie rdzenia.** (D. m. W. 1919, 5). Chory na wiąd nagle zachorował po użyciu środka przeczyszczającego. Ciepłota w odbytnicy 38°, przytomność przez cały przeciąg choroby zupełnie utrzymana, zapad ogólny, tętno nikłe, zaledwie policzalne, tony serca głuche, nudności i odbijania, bez wymiotów, wzdęcia brzucha niema, wiatry i stolce bezkrwawe odchodzą, bolów brzucha samodzielnych i dotykowych niema; nad łukiem żebrowym prawym odgłos opukowy bębenkowy. Chory po 24 godzinach zmarł z przyczyny dla lekarza zagadkowej. Sekcya wykazała w jamie brzusznej ropę, kał i wolny gaz, a w dwunastnicy przebicie przez wrzód okrągły. Niemożność rozpoznania choroby (peritonitis perforativa) z braku wzdęcia, bolesności i bolów, braku wymiotów, przypisuje autor znieczuleniu nerwów brzusznych wskutek wiądu rdzenia. Autor przypuszcza także, że tak zwane przełomy żołądkowe w wiądzie rdzenia polegają na obecności wrzodu okrągłego pochodzenia nerwowego i radzi w przypadkach zapadu u chorych na wiąd, u których zapalenie otrzewnej inaczej przebiega, niż zwykle, — ryzykować i operację, w przypuszczeniu krwotoku wewnętrznego lub przedziurawienia wskutek wrzodu okrągłego. J.

Hampeln: **O tonach sercowych i naczyniowych zdala słyszalnych.** (D. m. W. 1919, 1). Według dotychczasowych obserwacji zdarza się z odległości słyszalny ton pierwszy, i to przy zwężeniu zastawki dwudzielnej. Autor spostrzegał jednak przypadek, gdzie także mógł słyszeć ton drugi nad aortą z odległości 15 cm. Dotyczył on 29-letniego mężczyzny, bladej cery, wysokiego wzrostu; tętno było małe, 96, a nad aortą szmer skurczowy. Autor przypuszcza, że takie zjawisko zdarza się we wrodzonej wązkości aorty, jak to ma być także i w jego przypadku. J.

Wiadomości bieżące.

Z Uniwersytetów. Rektorem Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie na r. 1920/21 został wybrany prof. Dr Emanuel Machek. — Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1920/21 został wybrany w Warszawie prof. Dr Antoni Gluziński, w Krakowie prof. Dr K. W. Majewski, we Lwowie prof. Dr Markowski. — Wydział lekarski krakowski habilitował Dr Aleksandra Oszackiego z zakresu medycyny wewnętrznej. — Dr Mieczysław Michałowicz został mianowany profesorem nadzwyczajnym pedjatrji w Warszawie — Nagrodę im. Konica za najlepszą pracę ginekologiczną z ostatniego czterolecia przyznało Towarzystwo lek. warszawskie prof. Dr A. Rosnerowi z Krakowa.

Towarzystwo biblioteki i bratniej pomocy medyków w Krakowie składa tą drogą serdeczne podziękowanie JWP. Doktorowej Stefanowiczowej za wydatne wzbogacenie tego Towarzystwa hojnym darem w postaci całego księgozbioru po ś. p. Dr Janie Stefanowiczu. — Prezes: Mazurek, sekretarz: Cikowski.

II. międzynarodowy kurs dla lekarzy w Karlsbadzie odbędzie się od 12 do 18 września b. r. Oprócz wybitnych pro-

fesorów niemieckich, jak Abderhalden, Brauer, Döderlein, Pässler, Schmidt, Strümpell, Wenckebach i i. będą wykładać na tym kursie prof. Marchiafava z Rzymu, Faber z Kopenhagi, Holmgren ze Stockholmu, Laache z Kristianji. Informacji udziela Dr Edgar Ganz w Karlsbadzie.

Choroby zakaźne. Kraków od 30. V. do 19. VI.: na dur plamisty zachorowało 84, † (zmarło) 21, brzuszny 14 † 2, powrotny 8, czerwonkę 11, płonicę 14 † 1, błonicę 3 † 1, nag. zapalenia opon 6 † 2, ospę 1. — Łódź od 30. V. do 26. VI.: dur plamisty 68 † 10, brzuszny 49 † 4, powrotny 2, czerwonka 39 † 9, płonica 124 † 26, błonica 4, nag. zapalenie opon 15 † 8, zimnica 1 † 1, gruźlica † 113.

Zmarli: Dr Julian Lustgarten w 35. r. ż. w Krakowie.

Od Administracji do prenumeratorów »Przeglądu lekarskiego«. Prenumeratorowie, nie należący do Towarzystw lekarskich małopolskich, mogą otrzymywać za dopłatą 42 Mkp. (= 60 koron) rocznie zamawiać od 1. lipca 1920 także »Gazetę lekarską«, wychodzącą w Warszawie. Członkowie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i lwowskiego, które odpowiednio podwyższyły wkładkę, otrzymują już to pismo od 1. lipca 1920. — »Gazeta lekarska« wychodzić będzie raz na miesiąc, naprzemian z »Przeglądem lekarskim« i »Tygodnikiem lekarskim«, a treść wszystkich 3 pism ma się wzajemnie uzupełniać.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Towarzystwo Biblioteki i Bratniej Pomocy Medyków U. U. J. składa gorące **podziękowanie p. Halinie Stefanowiczowej** za cenny dar w postaci książek z zakresu medycyny po ś. p. Doktorze medycyny Janie Stefanowiczu.

Niestrudzony bylto lekarz, ochotnie narażał życie, niosąc pomoc cierpiącej ludności i spełniając obowiązek padł ofiarą zawodu. Zamiłowany do wiedzy nie skąpił na książki, dobierał je starannie i intencją zmarłego było, aby po śmierci zbiory te stały się pomocą w pracy dla nowych zastępów słuchaczy medycyny. Cześć Jego pamięci. 210

MINISTERSTWO
ZDROWIA PUBLICZNEGO. 254

Warszawa, dnia 17. czerwca 1920 r.

Nr. III. $\frac{20971}{4410}$ 20.

Ogłoszenie konkursu.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza konkurs na posadę prymarjusza oddziału chirurgicznego dla dzieci (pod wezwaniem św. Zofji) w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Do posady tej przywiązane są następujące pobory służbowe: 1) płaca roczna 3.000 kor. t. j. 2.100 Mk. pol.

2) prawo do trzech dodatków pięcioletnich, każdy po 600 kor. t. j. 420 Mk. pol. rocznie.

Przez czas nadzwyczajnych stosunków wojenno-drożyźnianych pobierają prymarjusze szpitala lwowskiego ponadto dodatki drożyźniane, których wysokość zależy od stanu rodzinnego. Wysokość tych dodatków reguluje się perjodycznie, w miarę zmiany ekonomicznych warunków bytu.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać się, iż:

I. są obywatelami Państwa Polskiego,

II. posiadają prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.

III. są specjalistami w odnośnej dziedzinie; w tym celu winni kandydaci przedstawić swoje prace naukowe.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzień 15. sierpnia 1920 r.

Podania należycie udokumentowene należy w powyższym terminie wnosić za pośrednictwem Dyrektora szpitala powszechnego we Lwowie.

Minister w. z.

Nr. XIII. $\frac{23178}{3923}$ 20.

»Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza

KONKURS

na posadę lekarza zdrojowego w Krynicy Zdroju z terminem zgłoszeń do dnia 15. lipca b. r. włącznie.

Warunki wymagane:

1) Przynależność państwowa polska;

2) Nieprzekroczony 50 rok życia;

3) Stosowanie się do instrukcji wydanej przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego.

Warunki:

1) Czas trwania służby od 1. V. do 1. X.;

2) Pensja miesięczna 2400 marek, mieszkanie, światło, i opał.

Podania należy wnosić do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Wydział prezydjalny.

Instrukcję obowiązującą lekarza zdrojowego przeglądać można w godzinach urzędowych w Wydziale VIII Min. Zdr. Publ. (Aleje Ujazdowskie 5) i w Zarządzie Zdrojowiska w Krynicy«. 253

L. 541/pr.

Lwów, dnia 10. czerwca 1920.

KONKURS.

Celem obsadzenia posady profesora w Państwowej Szkole położnych w Krakowie w VII. klasie rangi ogłasza się niniejszem konkurs.

Do posady tej przywiązane są wedle § 6 ustawy z 24. lutego 1907 Dz. u. p. Nr 55 prócz systemizowanego dodatku służbowego rocznie 901 Mk. 60 f. płaca rocznie 2.520 Mk., która po 5. i 10. roku wzrasta po 560 Mk., a następnie po 15. i 20. roku po 420 Mk. (dodatki pięcioletnie), nadto — zależnie od stanu rodziny — dodatek wojenny rocznie od 1.537 Mk. 20 f. do 3.847 Mk. 20 f., dodatek drożyźniany miesięcznie od 140 Mk. lub 210 Mk., I. nadzwyczajny dodatek drożyźniany miesięcznie od 280 Mk. do 360 Mk. oraz II. nadzwyczajny dodatek drożyźniany w wysokości od 60% do 100% łącznej sumy wszystkich poprzednio wymienionych poborów służbowych.

Pobory powyższe mają być znacznie podwyższone przy regulacji płac funkcjonarjuszy państwowych, która wkrótce ma nastąpić.

Należycie udokumentowane podania należy wnosić do Okręgowego Urzędu Zdrowia we Lwowie w terminie do 15. lipca 1920. 252

Dyrektor Okręgowego Urzędu Zdrowia.

Dr Mikołajski w. r.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.